

DRAFT (2/6/02)

Nombre del Paciente _____

Formulario Para El Paciente Reportar un Nacimiento Sin Vida

[Patient's Worksheet for the Report of Fetal Death]

Sentimos mucho la pérdida que usted ha tenido. Entendemos que estos son tiempos difíciles para usted y su familia. Necesitamos hacerle una cuantas preguntas para ayudar a completar el reporte oficial del nacimiento sin vida. Las leyes estatales protegen contra el uso no autorizado de información del reporte oficial del nacimiento sin vida para asegurar la privacidad de los padres. Esta información puede ayudar a investigadores de salud a entender algunos de los factores relacionados con pérdida del embarazo y nacimiento sin vida. Es muy importante que usted brinde información completa y precisa. Le agradamos su ayuda, especialmente durante estos tiempos difíciles.

Por Favor, Escriba Claro Y En Letra De Molde

1. ¿Quiere ponerle nombre al bebé? Esto es completamente opcional.

[Baby's name - optional]

Primer nombre
[First]

Segundo nombre
[Middle]

Apellido
[Last]

Sufijo (Jr., III, etc.)
[Suffix]

2. ¿Cuál es su nombre legal actual?

[Patient's legal name]

Primer nombre
[First]

Segundo nombre
[Middle]

Apellido
[Last]

Sufijo (Jr., III, etc.)
[Suffix]

3. ¿Dónde vive usualmente - es decir - donde está su lugar de residencia ?

[Usual place of residence]

Calle y número de casa completo: _____ Número de apartamento: _____ [Apt. Number]
[Number and street] (No escriba número de ruta rural)

Ciudad, Pueblo, o lugar: _____ [City, town or location]

Condado: _____ [County] Estado: _____ [State]

Código de área Postal: _____ [Zip/Postal Code] (o territorio de Estados Unidos, Provincia
Canadiense)

Si no es en los Estados Unidos, ¿Qué País _____
[Country, if not U.S.]

4. ¿Está este hogar dentro de los límites de la ciudad (dentro de los límites incorporados de la ciudad, pueblo o lugar donde usted vive)?

[Household location inside incorporated area/city limits]

- Sí [Yes]
 no [No]
 no sé [Don't know]

Nombre del Paciente _____

5. ¿Cuál es su dirección postal?

[Mailing address]

Igual que mi dirección residencial [Vaya a la próxima pregunta]
[Same as residence]

Calle y número de casa completo: _____ [Number and street]

Número de apartamento: _____ [Apt. Number] P. O. Box. _____

Ciudad, Pueblo, o lugar: _____ [City, town or location]

Estado: _____ [State] Código de área Postal: _____ [Zip/Postal Code]

(o territorio de Estados Unidos, Provincia Canadiense) [or U.S. Territory, Canadian Province]

Si no es en los Estados Unidos, ¿Qué País? _____ [Country, if not U.S.]

6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Ejemplo: 3-4-1977)

[Patient's date of birth]

Mes Día Año
[Month] [Day] [Year]

7. ¿En que estado, Territorio de Estados Unidos, o País extranjero nació usted?

Por favor escoja uno de los siguientes:

[Patient's birthplace]

Estado _____ [State]

o

Territorio de Estados Unidos, Puerto Rico, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Samoa americana o Islas Marianas del Norte _____ [Territory]

o

País extranjero _____ [Foreign country]

8. ¿Cuál es el nivel escolar más alto que usted ha completado al momento del parto? (Escoja el cuadro que mejor describa su educación. Si está asistiendo a la escuela ahora, escoja el cuadro que indique el año previamente completado o el título más alto que recibió).

[Highest level of schooling completed by patient]

8^{vo} grado o menos [8th grade or less]

9^{no} grado - 12^{mo} grado, sin diploma [9-12th grade, no diploma]

Graduado de secundaria/high school, o completó el GED [High school graduate or GED]

Algunos credits de 'college,' pero no tiene título [Some college credit, no degree]

Grado o título de Asociado (e.g. AA, AS) [Associate degree]

Licenciatura o Bachiller (e.g. BA, AB, BS) [Bachelor's degree]

Maestría (e.g. MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) [Master's degree]

Doctorado (e.g. PhD, EdD) o Título de escuela profesional (e.g. MD, DDS, DVM, LLB, JD)

[Doctorate or professional degree]

Nombre del Paciente _____

9. ¿Es usted Hispánica o latina? Si no es Hispánica o latina, escoja el cuadro 'No.'
Si es Hispánica o latina escoja el cuadro apropiado.

[Patient's Spanish/Hispanic/Latina origin]

- No, no soy Hispánica o latina [No, not Hispanic/Latina]
- Sí, Mexicana, Mexicana Americana, Chicana [Yes, Mexican, Mexican American, Chicana]
- Sí, Puertorriqueña [Yes, Puerto Rican]
- Sí, Cubana [Yes, Cuban]
- Sí, otro grupo Hispánico/Latino (por ejemplo, Española, Salvadoreña, Dominicana, Colombiana) (mencione) _____ [Yes, other Hispanic]

10. ¿Cuál es su origen racial? (Por favor elija uno o más grupos para indicar de qué raza se considera usted.)

[Race]

- Blanca [White]
- Negra, o africana-americana [Black or African American]
- India americana o nativa de Alaska (Nombre de la tribu en la cual está inscrita o la tribu principal) _____ [American Indian or Alaskan Native]
- India Asiática [Asian Indian]
- China [Chinese]
- Filipina [Filipino]
- Japonesa [Japanese]
- Coreana [Korean]
- Vietnamita [Vietnamese]
- Otra Asiática (mencione) _____ [Other Asian]
- Nativa de Hawái [Native Hawaiian]
- Guameña o Chamorro [Guamanian or Chamorro]
- Samoana [Samoan]
- Nativa de otra isla del Pacífico (mencione) _____ [Other Pacific Islander]
- Otra (mencione) _____ [Other]

11. ¿Alguna vez estuvo casada?

[Ever married?]

- Sí [Por favor vaya a la pregunta 12] [Yes]
- No [Por favor vaya a la pregunta 14] [No]

12. ¿Qué nombre uso antes de su primer matrimonio?

[Name prior to first marriage]

Primer nombre

[First]

Segundo nombre

[Middle]

Apellido

[Last]

Sufijo (Jr., III, etc.)

[Suffix]

Nombre del Paciente _____

13. ¿ Estaba casada cuando quedó embarazada con este niño(a), o para el tiempo del parto, o en algún otro momento entre el tiempo que quedó embarazada y el tiempo que dio a luz?

[Married at time of conception, delivery, or in-between]

- Sí [Yes]
 No [No]

14. ¿ Cual es el nombre legal actual del padre de su bebé?

[Current legal name of baby's father]

Primer nombre
[First]

Segundo nombre
[Middle]

Apellido
[Last]

Sufijo (Jr., III, etc.)
[Suffix]

15. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del padre (Ejemplo: 3-4-1976)

[Father's date of birth]

Mes [Month]

Día [Day]

Año [Year]

- No sé [Don't know]

16. ¿En que Estado, territorio de Estados Unidos, o país extranjero nació el padre? Por favor especifique uno de los siguientes:

[Father's birthplace]

Estado _____ [State]

o

Territorio de Estados Unidos, Puerto Rico, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Samoa Americana o Islas Marianas del Norte _____ [U.S. Territory]

o

País extranjero _____ [Foreign country]

17. ¿Recibió comida de WIC (Women, Infants & Children) para usted durante este embarazo?

[Received WIC food for self during this pregnancy]

- No [No]
 Sí [Yes]
 No sé [Don't know]

18. ¿Cuánto mide?

[Height]

pies _____ pulgadas
[Feet] [Inches]

Nombre del Paciente _____

19. ¿Cuánto pesaba antes del embarazo su peso inmediatamente antes de quedar embarazada con este niño(a)?, es decir, cual era

[Prepregnancy weight]

_____ Libras [Pounds]

20. ¿Cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumó por día (en promedio) durante cada uno de los siguientes periodos? Si nunca fumó, escriba “cero” para cada periodo.

[Average number of cigarettes or packs smoked during each time period]

	# de cigarrillos		# de cajetillas	
Tres meses antes del embarazo	_____	O	_____	[3 months before pregnancy]
Los primeros tres meses del embarazo	_____	O	_____	[First 3 months of pregnancy]
Los segundos tres meses del embarazo	_____	O	_____	[Second 3 months of pregnancy]
Los últimos tres meses del embarazo	_____	O	_____	[Last 3 months of pregnancy]
	[# of cigarettes]		[# of packs]	

Gracias por haber completado este formulario durante estos tiempos difíciles. La información que usted nos ha dado es muy importante; Será usada por investigadores de salud para entender mejor los factores relacionados con pérdida del embarazo y nacimiento sin vida y para mejorar las estrategias de prevención en el futuro.